

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

KYSTES DERMOÏDES BILATÉRAUX DES OVAIRES

A SYMPTOMATOLOGIE HÉMORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1916

PAR

Achille PLAGNIOL

Né à Montpellier le 10 novembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, professeur-adjoint, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GILIS, professeur.		
		PUECH, professeur-adj.		
		LAPEYRE, agrégé libre.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

KYSTES DERMÖIDES BILATÉRAUX

DES OVAIRES

A SYMPTOMATOLOGIE HÉMORRAGIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

KYSTES DERMOIDES BILATÉRAUX

DES OVAIRES

A SYMPTOMATOLOGIE HÉMORRAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1916

PAR

Achille PLAGNIOL

Né à Montpellier le 10 novembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, professeur-adjoint, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GILIS, professeur.		
		PUECH, professeur adj		
		LAPEYRE, agrégé libre.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O).
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie.	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRE.
Anatomie pathologique.	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	
GAUSSEL.	J. DELMAS.	
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., prés.	MM. GILIS, professeur.
PUECH, professeur-adjoint.	LAPEYRE, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'en entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. PLAGNIOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR GILIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN CHEF DE L'HOPITAL AUXILIAIRE 105

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALAVIELLE

A. PLAGNIOL.

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'unir dans un même sentiment tous ceux qui, par leur enseignement, leurs conseils ou leur amitié, ont contribué à nous encourager dans notre tâche.

Notre première pensée va tout d'abord à notre père et à notre mère bien-aimés ; nous leur dédions cette thèse, humble hommage de notre affection et de notre profonde reconnaissance.

Nous avons également à cœur de remercier tous nos Maîtres et de leur témoigner notre plus vive gratitude pour tout ce que nous leur devons ; l'intérêt soutenu que nous avons apporté dans nos études a été encouragé et cultivé par la bienveillante sollicitude qu'ils nous ont accordée dans leur enseignement.

A tous ceux qui nous ont apporté si souvent le précieux réconfort de leur amitié sincère, nous adressons aujourd'hui nos sentiments les plus affectueux ; que, dans l'avenir, cette amitié nous reste impérissable et plus heureuse encore.

A tous ceux, enfin, qui réclameront un jour pour leurs misères nos soins attentifs, tout notre dévouement, nous dédions ce travail et tout le labeur de nos années d'études, la récompense la meilleure pour nous sera d'avoir contribué à diminuer leurs maux, à tarir peut-être leurs larmes.

KYSTES DERMOÏDES BILATERAUX

DES OVAIRES

A SYMPTOMATOLOGIE HÉMORRAGIQUE

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont considérés depuis longtemps comme une affection insidieuse évoluant parfois très lentement et se révélant un jour brusquement par un surcroît d'activité. Ces tumeurs ne sont pas absolument bénignes, elles évoluent d'une façon torpide jusqu'au moment où survient une complication. Cette complication prend naissance souvent au niveau même de la tumeur, elle peut être : la torsion du pédicule, la supuration ou la péritonite par rupture et propagation. La tumeur peut subir aussi la dégénérescence maligne et le médecin assiste à l'évolution rapide et fatale d'un véritable cancer.

Le kyste n'est donc dangereux qu'au moment où se produit l'aggravation. Mais toutes les complications n'ont pas été énumérées ; il en est une qui, pour être moins tempestive, n'en est pas moins dangereuse : c'est

l'hémorragie ; hémorragie utérine qui peut se produire pendant les périodes de menstruation sous forme de ménorragies, ou bien en dehors des règles sous forme de métrorragies parfois très abondantes. Dans ce modeste travail, nous nous sommes efforcé de démontrer l'existence de ce symptôme relativement fréquent, tournant parfois en complication redoutable.

M. le professeur de Rouville a bien voulu nous communiquer l'observation personnelle d'une de ses malades, présentant des hémorragies profuses. Cette observation est rapportée ci-après tout au long, accompagnées d'autres moins intéressantes, mais non moins probantes ; elles aideront à mettre en lumière ce symptôme important dans les kystes bilatéraux de l'ovaire, important au point de constituer parfois toute la symptomatologie apparente. Faure et Siredey ont pu écrire au sujet de l'affection dont nous traitons ici : « Les règles sont modifiées, supprimées assez souvent et les ménorragies accompagnent exceptionnellement les kystes de l'ovaire. » *Le fait qui, d'après cet auteur, constituerait l'exception, est certes un symptôme rare, mais il faut savoir qu'il peut se présenter.* C'est ce que nous tâcherons de mettre en relief dans cette étude.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur de Rouville, non seulement pour l'enseignement si apprécié qu'il nous a donné au début de nos études pratiques cliniques, mais pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous donnant notre sujet de thèse. S'il est des liens qui unissent le maître à l'élève, la valeur scientifique de celui qui enseigne, son aménité et sa bonté seules ont pu les créer. Nous nous faisons un devoir d'adresser

au maître estimé le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Ce travail comportera plusieurs parties : l'historique de la question ; l'exposé des observations au nombre de douze ; considérations d'ordre clinique et d'ordre anatomique ; quelques aperçus concernant la pathogénie des hémorragies, leur diagnostic avec les autres pertes utérines ; un mot enfin sur le pronostic et le traitement. La question sera brièvement résumée dans un petit tableau, à la fin de notre travail.

HISTORIQUE

La littérature médicale renferme peu de chose sur la question des hémorragies utérines dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, et en particulier dans les cas de kystes bilatéraux. Le symptôme hémorragie n'est peut-être jamais intervenu, dans le diagnostic de cette affection. Lannelongue et Achard écrivaient. « Les kystes dermoïdes de l'ovaire reproduisent toute la série des accidents auxquels peuvent donner lieu les kystes ordinaires de cet organe, et il n'existe pas de signe caractéristique qui permette de reconnaître avec certitude ce genre de tumeur. » Le chirurgien anglais Lawson-Tait, dans son traité sur les maladies des ovaires, en 1886, mettait en vedette le symptôme douleur. Wells Spencer insistait sur la fluctuation partielle. Olshausen sur le cri de neige. Kœberlé préconisait la ponction exploratrice, si bien que Lesourd, dans sa thèse sur « le Diagnostic des kystes dermoïdes », a pu écrire : « Les auteurs peuvent se partager en deux groupes, les uns nient purement et simplement la possibilité du diagnostic, à moins qu'on ne s'aide de la ponction exploratrice; les autres préconisent l'étude du volume de la tumeur, de sa consistance et de ses autres caractères physiques. » Pour ce dernier auteur, un seul symptôme est à retenir, c'est la douleur, ce signe n'est vraiment pathognomonique que s'il vient se

joindre à d'autres symptômes, tels que le petit volume du kyste et son évolution lente.

Nulle part, dans ces différents ouvrages, il n'est question d'hémorragies utérines. Pourtant, en 1893, Derien disait : « Les troubles de la menstruation sont plus rares qu'on ne pourrait le supposer *a priori* ; il ne faut pas oublier que l'affection étant le plus souvent unilatérale, l'ovaire sain suffit à assurer la régularité des règles. »

Tout cela est vague, il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour voir la question effleurée ; on n'a peut-être pas tant étudié les relations de l'hémorragie utérine et des kystes ovariens que noté çà et là quelques pertes sanguines au cours de cette affection. C'est ainsi que paraissait, en 1902, l'excellent travail de Lévy et Guéniot, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* ; bon nombre de cas de kystes dermoïdes doubles y sont présentés, mais le symptôme hémorragie semble passer au second plan, quand toutefois il en est parlé.

Plus tard, en 1904, quelques observations de kystes bilatéraux sont apportées par Norris, du Kennington Hospital de Philadelphie, dans l'*American Journal of obstetric*, de même le docteur Hue au Congrès de gynécologie de Rouen, en 1904 ; mais ces deux auteurs passent sous silence l'état de la menstruation chez leurs patientes. Puis, enfin, la question est envisagée dans le travail de Delespine en 1905 ; l'auteur passe en revue les troubles menstruels survenant dans les différentes affections annexielles, il cite quelques cas d'hémorragies utérines survenues à propos de kystes dermoïdes de l'ovaire. Citons de même la thèse de Couvrens en 1902. Un an plus tard, Eudes, dans une thèse « Tumeurs de l'ovaire et menstruation », appelle l'attention sur plusieurs cas de tumeurs dermoïdes, mais la plupart sont unilaté-

rales, et les pertes rouges utérines n'y sont point traitées.

L'observation la plus nette de dermoïde bilatéral a été insérée dans le *Montpellier médical*, présentée par M. le professeur de Rouville. La symptomatologie y est exclusivement hémorragique ; l'exposé de cette observation est donné dans les lignes qui suivent.

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

Puisque nous parlons d'hémorragies utérines accompagnant les dermoïdes ovariens, disons tout de suite que ces pertes sanguines n'offrent pas les mêmes caractères dans tous les cas. Elles peuvent différer par leur intensité et suivant l'époque de la vie génitale où elles se produisent, nous voulons dire par là qu'elles peuvent survenir pendant les périodes menstruelles, ou bien en dehors des règles.

Intensité. — Dans les observations qui suivent, nous pouvons voir toute la gamme des pertes rouges, si l'on peut parler ainsi. Tantôt l'écoulement menstruel durera un ou deux jours de plus qu'en période de santé, et la quantité de sang perdue sera minime, tantôt les menstrues seront plus considérables, ou plus rapprochées. Enfin, ainsi en est-il dans la première de nos observations, nous assistons à de grosses pertes surprenant la malade par leur brusquerie, allant jusqu'à l'anémier profondément et menaçant même ses jours.

Formes cliniques

Forme à menstruations irrégulières. — Si nous nous rapportons à la plupart des observations non seulement

ci-après énumérées, mais celles même contenues dans le travail de Lévy et Guéniot, nous verrons, que la plupart du temps, les malades étaient réglées, l'aménorrhée semble être l'exception. Il faut noter cependant une perturbation fréquente dans la régularité des mois, nous prendrons à titre d'exemple l'observation XII.

Forme ménorragique. — Dans certains cas, la durée des règles va jusqu'à être doublée, la malade perd beaucoup; cette hémorragie, d'ordre évidemment pathologique, entraîne avec elle l'anémie et son cortège. Pâleur des téguments, anorexie, amaigrissement, asthénie générale, et tous les troubles de la vie physiologique causés par l'appauvrissement de la masse sanguine, appauvrissement auquel l'organisme ne peut faire face assez vite.

Nous présenterons plusieurs cas à classer dans ces formes ménorragiques assez fréquentes.

Forme métrorragique. — Cette dernière forme est certes la plus intéressante, aux yeux du praticien, par les troubles importants qu'elle occasionne et le retentissement rapide sur l'état général de la malade. Ajoutons qu'elle est la plus dangereuse par sa brusquerie et son intensité. Les pertes surviennent en dehors de toute époque menstruelle, obligeant la femme à se garnir. Il est des cas où des hémorragies profuses sont presque une indication opératoire par leur soudaineté et leur intensité. De plus, l'hémorragie peut constituer le seul symptôme, c'est là un point à noter. La malade peut ne pas éprouver de douleur, les tumeurs de petite dimension peuvent ne pas faire saillie sous la paroi abdominale, et passer inaperçues. En un mot, ces formes à métrorragies sont les plus sérieuses et réclament plus que les autres l'intervention du chirurgien.

OBSERVATIONS

I. — TROIS CAS DE KYSTES DERMOIDES A SYMPTOMATOLOGIE MÉTRORRAGIQUE.

Observation Première

Observation type due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville
(Clinique privée), suivie de l'examen histologique de l'utérus et des annexes.

Mlle J..., 38 ans, a été réglée à 15 ans et demi ; jusqu'à l'âge de 33 ans, ses règles ont toujours été normales ; elle perdait à dates fixes, modérément et sans douleur,* pendant cinq à six jours. Il y a cinq ans, et sans cause apparente, sa menstruation devient irrégulière, des *ménorragies abondantes* apparaissent, entrecoupées de périodes d'aménorrhée ; Mlle J... passe, de temps à autre, deux mois sans voir, puis ses règles deviennent *très abondantes, très prolongées* (dix, quinze jours). Ce régime menstruel se maintient trois ans, après lesquels disparaissent les périodes d'aménorrhée et s'accroissent les hémorragies, qui se prolongent pendant la presque totalité du mois. Six mois avant que je fusse appelé auprès d'elle par son médecin, le docteur Apostolakis, les pertes rouges étaient devenues continues, c'était un *écoulement sanguin per-*

manent, obligeant Mlle J... à se garnir, entrecoupé de flux hémorragiques très violents, dont le dernier (juin 1913) décida la malade, rebelle jusqu'à cette date à tout examen direct, à accepter une consultation. J'ajouterai que Mlle J... est une arthritique nerveuse, ayant toujours souffert de migraines, de névralgies diverses et d'une forte constipation, alternant parfois avec des crises diarrhéiques. Mais, fait à noter, elle ne s'est jamais plainte de son ventre, et ses *hémorragies génitales graves* ne se sont jamais compliquées de douleur.

Elle est, au jour de ma visite, dans un état d'anémie profonde, très nerveuse et très impressionnable. La perspective de ma venue la trouble au plus haut point, et vous concevez aisément les difficultés que je dus éprouver à la convaincre de la nécessité d'un examen direct (elle s'était toujours refusée à cet examen de la part de son médecin) : le toucher fut particulièrement malaisé, et cela d'autant plus, qu'aux mouvements de défense volontaires et involontaires se joignait, chez la malade, un état de virginité incontestable, utérus débordant la symphyse de deux travers de doigt environ et incliné à droite ; col normal refoulé à gauche, le tout difficilement mobilisable, sans grandes douleurs ! Force me fut de m'en tenir à ces constatations assez imprécises et d'ailleurs partiellement erronées, et à formuler, sous toutes réserves, le diagnostic de fibromyome utérin. Une perfection plus grande du diagnostic importait d'ailleurs peu en l'espèce ; il y avait là quelque chose d'anormal, d'où certainement dépendaient les hémorragies et qu'il fallait, sans attendre, enlever. Tous les appareils sont sains, les urines sont normales.

Mlle J... est dirigée sur ma clinique privée, et deux jours plus tard, je pratique la laparotomie ; anesthésie à

l'éther goutte à goutte après injection hypodermique de 2 centigrammes de pantopon. Trendelenburg. L'utérus apparaît de volume inférieur à la normale, et refoulé à droite par une tumeur du volume d'une grosse orange, manifestement incluse dans le ligament large droit; l'ovaire gauche, absolument libre, a le volume d'un gros œuf de poule, et se montre particulièrement mobile sur ses ligaments étirés; il est de consistance ferme et de contour lisse et régulier. Je ne vois pas l'ovaire droit; la tumeur incluse, rénitente, lui appartient sans doute. Hystérectomie de gauche à droite, à l'américaine, subtotal; la tumeur incluse se laisse ainsi énucléer, sans se rompre, avec la plus grande facilité. Ligature, fermeture du moignon, péritonisation parfaite. Fermeture du ventre à trois plans, sans drainage. Guérison rapide. Quinze jours plus tard, la malade se lève et marcherait, n'était une paralysie totale des muscles moteurs du pied droit, dont quelques séances d'électricité et de massage viennent promptement à bout.

Examen des pièces. — L'utérus est petit, mais absolument normal. L'ovaire droit est totalement transformé en une poche kystique d'où sort, à l'incision, une mèche de cheveux noirs baignant dans une bouillie sébacée abondante. Il est impossible macroscopiquement de déceler; à la périphérie du kyste, trace de tissu ovarien. L'ovaire gauche, au contraire du précédent, a conservé, à sa péricapsule, une coque épaisse de tissu ovarien discrètement parséme de petits kystes et limitant un magma sébacé central où baignent de nombreux cheveux noirs.

Les trompes, de volume normal, sont congestionnées, un peu tortueuses, et parfaitement perméables.

Examen microscopique (par M. le professeur Massabuau). — La paroi kystique présente une structure dermoïde indubitable ; on y trouve successivement, dans les parties les plus typiques, en allant des parties superficielles vers les parties profondes, un épithélium pavimenteux stratifié du type cutané, avec un développement très marqué des cellules cornées superficielles, des papilles dermiques et d'assez nombreux poils annexés ; en un point, l'épithélium malpighien est épaissi, les cellules ont manifestement proliféré ; quelques-unes d'entre elles se sont aplaties et ont une tendance à s'imbriquer, reproduisant l'ébauche d'un globe épidermique ; dans le derme, on trouve un nombre considérable de glandes sébacées ; cette abondance de glandes sébacées constitue même la particularité anatomique la plus importante de cette tumeur ; en certains points, la néoformation des culs-de-sac glandulaires est si intense qu'on a sous les yeux une véritable figure d'adénome sébacé ; quelques glandes sudoripares sont également reconnaissables. Le tissu adipeux est largement représenté dans la paroi kystique. On rencontre quelques amas de tissu lymphoïde à structure ganglionnaire ; nous n'avons vu, dans les points étudiés, ni tissu osseux, ni tissu cartilagineux.

Les parties profondes de la paroi kystique sont formées par du tissu fibreux dans lequel existent des fentes lymphatiques très dilatées, tellement nombreuses, en certains points, qu'on se dirait en présence d'un lymphangiome véritable.

Attenant à la paroi kystique, est très nettement reconnaissable un segment de tissu ovarien ; c'est de l'ovaire qui n'a pas subi de très profondes modifications ; dans la couche corticale, on voit quelques follicules primordiaux, mais pas de follicules de de Graaf en voie d'ac-

croissement, une cicatrice de corps jaune, hyaline, volumineuse ; on constate, en outre, un certain nombre d'atrésies folliculaires, mais toutes anciennes, et arrivées depuis longtemps au dernier terme de leur évolution, la transformation fibreuse ; elles forment des amas de tissu conjonctif à contours irrégulièrement festonnés, qui tranchent, par leur structure plus compacte et par leur coloration plus claire, sur le stroma ovarien qui les environne ; quelques-uns sont très reconnaissables par la bande festonnée qui entoure la cicatrice fibreuse ; d'autres sont séparées du tissu voisin par une zone conjonctive très riche en cellules, et qui représente la couche des « theca luteninzellen » dont tous les éléments ont subi la régression conjonctive.

En aucun point de ce fragment d'ovaire annexé à la paroi du kyste dermoïde nous n'avons trouvé ni de corps jaune épithélial, ni d'atrésies folliculaires à leurs stades initiaux, c'est à-dire caractérisés par une hyperproduction de cellules lutéiniques de la thèque ou cellules interstitielles de l'ovaire.

Le stroma ovarien est manifestement épaissi ; les vaisseaux sanguins, plus nombreux qu'à l'état normal, sont dilatés et gorgés de sang ; quelques suffusions hémorragiques existent çà et là. La région médullaire de l'ovaire est représentée, dans la préparation, par ses artères hélicines et ses veines nombreuses à parois épaisses.

Au niveau de l'utérus, la muqueuse est très épaisse et présente une néoformation adénomateuse très intense. Dans le chorion de la muqueuse interglandulaire, existent des dilatations vasculaires très marquées, plus exagérées même que dans la muqueuse ; en certains points, les vaisseaux sont si nombreux que la lésion prend un véritable aspect angiomateux.

Observation II

Flaischen (Zeitschrift für Geburt und Gynäkologie, 1899.)

(In thèse de Eudes). Résumée.

Kystes mucoides et dermoïdes accolés.

Femme ayant eu deux enfants. Avortement il y a un an et ensuite *pertes sanguines ayant duré douze semaines*. Depuis ce temps, la malade souffre de pertes sanguines irrégulières. Dans ces derniers temps, la malade était devenue très malade.

Utérus repoussé à droite et en arrière

A droite et couchée sur lui une tumeur.

A gauche, trois tumeurs au-dessus l'une de l'autre, l'inférieure est grosse comme le poing et située dans le petit bassin.

L'ovariotomie permet de voir qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire dont une des cavités kystiques avait tous les caractères d'un kyste dermoïde.

Cette tumeur est compliquée par une dégénérescence sarcomateuse diffuse, qui a envahi les parois de ces kystes.

Observation III

La Gynécologie (année 1905.)

Chevé. — Sur un cas de kyste de l'ovaire bilatéral avec hémorragie abondante
(*Annales méd. chir. du Centre*, 30 juillet 1905).

Une malade, âgée de 30 ans, mariée depuis un an, est prise, à la fin d'une période menstruelle, d'une *perte extrêmement abondante* avec douleurs abdominales. On croit à une fausse couche. Les douleurs cessent, mais les

pertes continuent. A l'examen, l'utérus est rejeté en avant par une grosse tumeur remplissant les culs-de-sac postérieurs et droit en remontant au-dessus de la symphyse. Cette tumeur était fixe et immobile. En continuant l'observation, on découvrit une petite tumeur surajoutée au niveau de la corne utérine gauche. Le diagnostic fut celui de fibrome. A l'opération, il existait deux kystes de l'ovaire, que l'auteur enleva. La guérison se fit sans incident. Le lendemain de l'opération, la malade eut une métrorrhagie assez abondante due, sans doute, à une congestion utérine post opératoire. L'auteur, à propos de cette observation, insiste surtout sur la difficulté du diagnostic, en raison d'un ensemble de symptômes qui faisaient croire à une grossesse extra-utérine. Dans ce cas, les ovaires, complètement détruits, n'avaient pu donner de ponte ovulaire, et les phénomènes du début qui avaient simulé un avortement étaient vraisemblablement dus à une augmentation de volume brusque du kyste, avec accidents douloureux et congestifs

II. — CAS DE KYSTES BILATÉRAUX AYANT DÉTERMINÉ DES HÉMORRAGIES A FORME MÉNORRAGIQUE

Dans ces observations où nous trouvons des hémorragies, nous voyons celles-ci revêtir la forme de ménorragies. Les règles sont avancées, plus abondantes, et se prolongent au-delà de leur durée habituelle.

Observation IV

(In thèse De'espine, Lille, 1905).

X..., 47 ans.

N'a jamais été malade, pas d'enfant, pas de pertes. Depuis trois ans, la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs qu'elle compare à des coliques. Ces douleurs s'irradient à l'anus et au périnée.

La miction et la défécation sont douloureuses : ténesme vésical et pollakiurie.

Depuis six mois, les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps qu'auparavant.

A un premier examen, on pense à un fibrome utérin enclavé dans le petit bassin.

Opération. — Laparotomie. Le chirurgien trouve un double kyste dermoïde de l'ovaire. Ovarosalpingectomie double. Guérison.

Observation V

Lævy et Guéniot

(Résumée)

Pièces présentées à la Société anatomique de Paris, mars 1901

M. E..., 24 ans, hospitalisée à Cochin, dans le service de M. Bouilly, le 6 mars 1901, pavillon Velpeau, salle n° 2, lit n° 27.

Entre pour deux motifs : elle souffre dans le bas-ventre du côté gauche ; on lui a dit qu'elle avait une tumeur du côté droit.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Dès le début, les règles furent abondantes, d'une durée longue, cinq à six jours, mais indolores. Pas de pertes blanches dans leur intervalle. A 18 ans, la malade a eu des pertes blanches continues dans l'intervalle des règles, mais très légères. Ces pertes ont continué jusqu'à ces derniers temps. A 18 ans également, elle a commencé à ressentir des douleurs à la pression du côté gauche.

A partir de 20 ans, les règles ont commencé à devenir irrégulières, moins abondantes, *mais d'une durée plus longue encore, une semaine au minimum*, avec douleurs dans le bas-ventre, irradiant parfois vers les reins; douleurs légères sans prédominance pour un côté, survenant dans les derniers jours et disparaissant avec les règles.

Elle se maria à 21 ans (décembre 1898), devint enceinte rapidement. Vomissements pénibles pendant le premier mois. Pertes blanches pendant la grossesse. Accouchement à terme au mois d'octobre 1898. Forceps. Enfant mort en naissant, étranglé par le cordon.

Après l'accouchement, les règles ont présenté les mêmes caractères qu'auparavant, mais avec exagération de symptômes. Beaucoup plus douloureuses *et plus longues*, mais moins abondantes, elles disparaissent pendant deux jours pour réapparaître ensuite, c'est au moment de la suppression que la malade se plaignait le plus du ventre.

Elle a consulté, il y a deux ans, au mois d'octobre. On y a trouvé, du côté gauche, une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Il y a deux mois, elle a consulté de nouveau un chirurgien des hôpitaux, qui a trouvé du côté

droit une tumeur de la grosseur d'une orange. Il n'y avait rien du côté gauche.

Etat actuel. — A l'examen, la malade a bon aspect, cause et répond avec entrain.

Etude du ventre. — A l'inspection, rien de particulier. A la palpation, on sent une petite tumeur à gauche, dans le bas-ventre, tumeur peu douloureuse, mate à la percussion.

Toucher vaginal. — Col normal. Utérus normal. Par le toucher bimanuel, on sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur molle, légèrement mobile, qui donne la sensation nette du kyste dermoïde.

Diagnostic. — Kyste dermoïde du côté gauche.

Opération le 14 mars. Laparatomie. Plan incliné.

On incise la paroi et l'on tombe, à gauche, sur un kyste dermoïde de l'ovaire gros comme une orange. Pas d'adhérences. Ligature au catgut de la trompe près de l'utérus. Section du pédicule au thermocautère

A droite, autre kyste dermoïde un peu moins volumineux que le précédent. Ablation de ce kyste. Pas de drainage. Suture en trois plans : deux surjets au catgut, un musculo-péritonéal, un musculo-aponévrotique, points séparés au crin sur la peau. L'examen des pièces qui furent présentées à la Société anatomique et leur étude histologique ont été pratiqués par M. Weinberg. Après avoir sectionné les deux tumeurs, nous avons constaté que la tumeur gauche développée à la place de l'ovaire est formée de deux grands kystes séparés par une cloison horizontale assez mince. Le contenu de ces deux kystes est constitué par une bouillie grasseuse dans laquelle on trouve de nombreux paquets de cheveux. En aucun point de la paroi de ces deux kystes, on ne trouve la trace de tissu ovarique.

La tumeur droite, incisée de la même façon, montre à la partie inférieure un grand kyste dans lequel on trouve également de la bouillie graisseuse mêlée à un nombre considérable de cheveux. Dans une portion de cette cavité, on trouve une petite tumeur qui ne paraît pas, à l'œil nu, avoir d'attache avec la paroi du kyste. Un autre petit kyste se trouve à l'extrémité gauche de la tumeur, il est représenté en haut et à gauche, au-dessous des replis de la trompe. Entre ces deux kystes, se trouve, sous la forme d'un coin, du tissu ovarique reconnaissable sur la coupe par la présence d'un énorme corps jaune en évolution.

Observation VI

(Queirel.)

Malade, âgée de 42 ans. Un accouchement heureux il y a vingt ans, et toujours bien réglée depuis.

Un an et demi environ avant l'époque où elle consulta Queirel, la malade s'aperçut de la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur qui augmenta rapidement et ne tarda pas à déterminer des accidents tels que : constipation, dysurie, envies fréquentes d'uriner, douleurs lombo-abdominales au moment des règles. Dans les derniers mois, l'écoulement menstruel était irrégulier et *plus abondant que de coutume*.

A l'examen, le ventre paraît développé comme dans une grossesse de sept à huit mois, et on délimite par la percussion une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dépasse à ce niveau la ligne médiane de 3 centimètres, et descend brusquement derrière le pubis. Cette tumeur est bosselée et d'inégale consistance; fluctuante

à droite, extrêmement dure au milieu et à gauche. Ces deux bosselures, de consistance si différente, sont séparées par une dépression qui occupe le milieu de la fosse iliaque droite.

La tumeur est mobile et sans adhérences appréciables.

Par le toucher vaginal, on trouve le col situé très haut, de petit volume ; les mouvements imprimés à la partie supérieure de la tumeur lui sont directement communiqués. Le cul-de-sac vaginal droit est libre ; le gauche est effacé et présente une sorte de tuméfaction fluctuante. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt reconnaît la présence de masses solides, dures, que l'on rapporte à des matières contenues dans le rectum. (Cette particularité aurait peut-être permis de soupçonner le kyste gauche, qui ne fut pas diagnostiqué, et même de faire admettre sa nature dermoïde).

Queirel diagnostiqua un fibrome sous-péritonéal du fond et du corps de l'utérus, et un kyste de l'ovaire droit.

Laparotomie le 10 mai 1881. Extirpation de l'utérus envahi par un volumineux fibrome interstitiel. Puis, extirpation du kyste de l'ovaire droit, du volume d'une forte orange. Enfin, Queirel découvrit, en arrière et à gauche du rectum, une nouvelle tumeur, molle, fluctuante, un kyste de l'ovaire gauche, occupant le cul-de-sac rétropéritonéal, adhérent de tous côtés au pourtour de l'excavation pelvienne, et présentant plusieurs loges, dont l'une se rompit sous l'effort des tractions, laissant épancher un pus fétide. En cherchant à détacher le reste du kyste, une nouvelle poche se rompit et donna issue à un liquide séreux, puis à une quantité considérable de matière sébacée ayant la consistance du mastic et renfermant des poils nombreux. A la partie interne de la poche on constata

un fragment osseux ressemblant à la moitié d'un maxillaire inférieur, avec cinq dents implantées sur son bord libre. A ce débris osseux était appendue une masse d'apparence charnue, constituée par du tissu cellulaire, avec un revêtement cutané sur lequel s'implantait une touffe de longs cheveux.

Excision de la partie de la poche sortie du ventre.

Mort dans la nuit.

Quant au kyste de l'ovaire droit, c'était un kyste dermoïde renfermant de la matière grasse, des poils, des dents, des fragments d'os.

Observation VII

(Guinard.)

La malade a 37 ans. Depuis quinze ans, tumeur dans le ventre. Deux enfants de 16 et 15 ans. A commencé à souffrir depuis sa dernière couche ; ce n'est que depuis quatre ans que le ventre grossit. *Les règles ont toujours été abondantes ; depuis deux ans, véritables ménorragies.* Maigreur, cachexie. Depuis deux ans au lit et ne peut se lever qu'au prix de vives douleurs.

Diagnostic de Guinard : kyste dermoïde de l'ovaire.

Entre à l'hôpital Saint-Antoine. Diarrhée ; rend un liquide grisâtre, puriforme, avec des paquets de cheveux.

Opérée le 20 août 1893.

Kyste principal : ovaire gauche ; ouvert largement dans la partie moyenne du côlon transverse. Séparation, puis fermeture à la soie du côlon transverse. Enlèvement de la tumeur adhérente à l'intestin grêle.

Ovaire droit : kyste dermoïde de la grosseur d'un œuf de dinde. Extirpation.

Mort.

Observation VIII

(Reymond.)

Kystes dermoïdes symétriques des deux ovaires : torsion
du pédicule du kyste droit.

45 ans. Réglée depuis l'âge de 16 ans, *irrégulièrement*, mais sans douleurs. Mariée à 27 ans. Un enfant il y a seize ans, couches normales.

Il y a six ans qu'ont commencé les douleurs, toujours à droite, survenant à diverses reprises ; *en même temps, les règles devinrent plus abondantes et plus prolongées.*

Corps utérin en antéflexion, mobilisable sans douleurs. A gauche et en arrière de lui, et remontant jusque vers le flanc correspondant, tumeur grosse comme les deux poings, dure, mobile, transmettant les mouvements au corps utérin, bien que la réciproque n'existe pas.

A droite, on trouve une deuxième tumeur, moins bien limitée, plus douloureuse, remontant à droite jusqu'à l'ombilic, pour descendre en bas jusqu'au voisinage de l'utérus.

Laparotomie par M. Terrier.

A gauche, on trouve une tumeur kystique, développée aux dépens des annexes, sans adhérences. Ablation.

A droite, tumeur de même volume et même situation, adhérente à la paroi du bassin, à l'épiploon, à l'intestin ; adhérences faciles à rompre ; la tumeur apparaît de teinte feuille morte, paraissant avoir une tendance au sphacèle. La ponction donne un liquide couleur chocolat. Le pédicule est torqué de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre. On le détord. Ablation.

Suites opératoires sans incidents. Nature dermoïde des kystes (cheveux, dents, cartilage).

Observation IX

(Guinard)

Trente ans. Réglée depuis l'âge de seize ans. Mariée à vingt-deux ans. A eu, il y a cinq ans, un enfant qui est vivant. Les règles ont toujours été normales. Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre, du côté gauche, peu aiguës, sourdes et continues, irradiant dans la région sacrée. Il y a quelques mois, un médecin lui a dit qu'elle avait une tumeur dans le bassin, du côté gauche. Depuis peu de temps, *règles plus abondantes* et précédées de douleurs très vives. Tumeur fluctuante, du volume des deux poings, siégeant à gauche et indépendante de l'utérus.

Diagnostic de Guinard : kyste dermoïde ovarique.

Laparatomie. — Après extirpation du kyste gros comme une tête de fœtus, appartenant aux annexes gauches, on cherche les annexes du côté opposé, et on y découvre un autre kyste de la dimension d'un œuf de poule. Guérison.

Observation X

(Bouilly in Lœvy et Guéniot)

Marie B..., trente-deux ans, entre, le 29 octobre 1887, à la Maternité, salle Levret, n° 10. Réglée à douze ans, abondamment et régulièrement. A dix-sept ans, accouchement normal à terme d'une fille qui se présentait par la tête.

A la suite de cette couche, il ne se manifeste aucun

accident, jusqu'à il y a cinq ans. A cette époque, fièvre typhoïde, pour laquelle elle fut soignée un mois, dans le service de M. Bucquoy, à Cochin. Elle se remit assez vite, reprit ses occupations, et au bout de deux mois eut une rechute. Elle entra alors à Lariboisière, service de M. Bouchard, y resta un mois. Son ventre était déjà atteint, car on lui mit un grand vésicatoire sur l'abdomen, mais elle ne se rappelle pas dans quelles circonstances. Ensuite, convalescence de trois semaines, au Vésinet. Depuis, elle se sentit un peu faible ; elle avait de temps en temps des *pertes rouges*, mais peu abondantes, des pertes blanches avant et après les règles. Enfin, il y a deux ans, elle rentra à Lariboisière, service de M. Duguet, pour une pelvipéritonite.

Elle avait des douleurs localisées au flanc droit, s'irradiant quelquefois en haut, mais non en bas de la cuisse. La malade sortit de chez M. Duguet très améliorée, et, pendant un an, elle n'eut qu'une tumeur facile à constater dans le côté droit du ventre et des douleurs au moment des règles. Pointes de feu de temps à autre.

Il y a un an, ces douleurs prirent un caractère plus aigu et la malade entra à Lariboisière, service de M. Siredey, où elle resta quinze jours. Traitement par le repos surtout. Puis elle rentra chez elle et reprit ses occupations, ne se sentant pas trop malade.

Etat actuel. — Malade d'un état assez satisfaisant. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est dévié à gauche, le col regardant à droite et paraissant fixé dans cette position par une bride vaginale. Par le palper bimanuel, on saisit à droite une tumeur du volume du poing, dont les parois paraissent très épaisses, et qui donne plutôt de la résistance que de la fluctuation.

Le pouls et la température sont physiologiques.

Menstruation normale tous les mois pendant quatre ou cinq jours ; *pertes quelquefois assez abondantes* ; douleurs dans le côté droit au moment des règles, mais non à chaque époque ; les douleurs sont quelquefois très vives et empêchent tout travail, la malade étant forcée de garder le lit.

Laparotomie le 3 novembre 1887. Incision médiane.

Tumeur droite adhérente au cæcum et à l'appendice.

Section des adhérences. Suture de l'intestin, appendicectomie.

Description des pièces. — A droite et à gauche, la tumeur a à peu près le même volume, celui d'un rein, la droite est, cependant, un peu plus volumineuse. Sur la face antérieure des deux tumeurs, on voit les trompes contournées ; à droite, le pavillon est presque obturé, et à la coupe de la trompe, il s'écoule un liquide gris jaunâtre. Le pavillon de la trompe gauche est sain, le corps de la trompe est moins augmenté de volume qu'à droite, où il a le volume d'un gros porte-plume. Les deux kystes sont recouverts de fausses membranes qui sous l'eau flottent.

La consistance des deux tumeurs est dure comme celle de kystes très distendus ou de parties solides. A la coupe du côté droit, on trouve un premier kyste à contenu jaunâtre et d'odeur très fétide. Dans ce liquide se trouvent des cheveux. A côté, un autre kyste de la grosseur d'un œuf de poule. Puis des parois très dures contenant également de petites cavités pleines de liquide ayant subi la transformation purulente et d'odeur rappelant celle de la carie dentaire très exactement. A gauche, la tumeur n'est ouverte qu'en un point, on y trouve un grand nombre de cheveux perdus dans une masse blanchâtre grasse.

Suites opératoires. — Suppuration de quelques fils, mais pas de désunion de la ligne de réunion. La malade se lève le 22 novembre et sort le 28, moins d'un mois après l'opération.

Observation XI

(Strong.)

Malade de vingt-huit ans. A fait une chute cinq ans auparavant; la douleur a commencé dans la région ovarienne gauche et a depuis continué, à des intervalles irréguliers, par de légères attaques de péritonite. La malade est mariée depuis dix-huit mois; depuis ce temps *elle a perdu excessivement à chaque période menstruelle*, et n'a pas eu d'enfants. Sa température, prise par intervalles pendant les trois mois qu'elle a été en observation, a varié entre 99° 1/2 et 101° F. Elle a beaucoup maigri.

Le toucher vaginal a montré un utérus gros et antéfléchi; derrière l'utérus, et s'étendant de chaque côté jusqu'aux limites du bassin, se trouvait une tumeur ferme, fluctuante, de la grosseur d'une petite orange, entourée d'exsudats inflammatoires, irrégulière comme limites, et adhérente de façon à ne pouvoir être mobilisée, et sur la gauche s'étendant manifestement le long du ligament large sur le côté du bassin. On porta le diagnostic de salpingite double probable, mais la possibilité de kystes de l'ovaire, simples ou dermoïdes, fut aussi envisagée; l'opération prouva que ce dernier diagnostic était le bon.

Observation XII

(Oncari et Ikeda)

Kyste dermoïdes doubles des ovaires

Vingt-deux ans. Réglée à quatorze ans, se maria à dix-huit ans et eut un enfant. Depuis sept ans, elle a remarqué une tumeur grosse comme le poing dans le côté droit du ventre, et qui a grossi plus tard. Ses règles ont été depuis trois à *quatre ans irrégulières*. Elle a des pertes blanches. Solidement bâtie, elle a l'épigastre et l'hypogastre fortement distendus par une tumeur dure, élastique, à peine mobilisable. Ovariectomie le 27 août 1887. La tumeur est fixée au péritoine par de solides adhérences. Par une incision, le contenu, de caractère dermoïde, est en partie enlevé. Le pédicule, à droite, est lié et coupé.

L'ovaire gauche est gros comme le poing, dermoïde également ; il est appliqué étroitement et directement à l'utérus, et s'est développé dans la paroi de la vessie. Il est impossible d'enlever ce kyste. Une ponction de ce kyste donna une couleur dermoïde.

Les suites de l'opération furent simples, sans réaction. Après quarante-cinq jours de traitement, la malade était guérie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons exposer d'abord l'aspect macroscopique et microscopique des tumeurs dermoïdes, puis après dire un mot de l'état de l'utérus

Lésions de l'ovaire. — Elles sont constituées par la présence de la tumeur. Cette tumeur n'est jamais bien grosse, toujours plus petite que les tumeurs mucoïdes, proprement kystiques du même organe. La consistance était parfois rénitente, parfois demi-solide. L'une d'elles, relatée dans l'observation II, était considérable; une seule poche contenait un litre de liquide. D'une façon générale, le développement n'était pas le même pour la droite que pour la gauche, de même la nature dermoïde, dans un certain nombre de cas, était plus affirmée d'un côté que de l'autre.

Anatomie de la tumeur. — Ce sont des poches kystiques de volume différent : une seule parfois, tantôt plusieurs accolées les unes aux autres; la paroi est formée d'épithélium pavimenteux à type cutané, avec cellules cornées et glandes sébacées. On a eu distingué du tissu adipeux et fibreux, formant la couche profonde.

Le docteur Massabuau, qui fit l'examen histologique de ces tumeurs à propos de l'observation présentée par M. le professeur de Rouville, nous en donné une description typique : cette relation anatomo pathologique fait suite à la première observation dans notre travail.

Quant au contenu du kyste, ce sont des productions épidermiques ou dermiques, telles que cheveux, poils, dents. De véritables fragments osseux ont été signalés dans nos observations, le tout entouré de magma sébacé.

Etat de la glande. — Le tissu propre ovarien, a été montré parfois accolé au kyste, tantôt ayant complètement disparu. Dans la bilatéralité des tumeurs, il reste parfois un fragment d'ovaire à corps jaune ; on peut y voir encore des cellules lutéiniques persistant dans l'une des deux glandes. Mais, dans certains cas, telle l'observation III de Chevé, à grandes hémorragies, toute trace d'ovaire a disparu ; ou encore, comme dans notre première observation, un fragment d'ovaire persiste d'un côté, mais la transformation fibreuse a envahi les quelques atrésies folliculaires restantes, et même la couche des « théca luteninzellen » n'est plus représentée que par du tissu conjonctif : « donc pas des cellules interstitielles de l'ovaire ».

Etat de l'utérus. — L'état anatomique de la matrice, en particulier de la muqueuse, est plus intéressant dans le travail que nous nous sommes proposé d'exposer. Malheureusement, les auteurs des observations médicales précitées ne nous communiquent pas toujours le résultat de l'examen de l'utérus. M. le professeur de Rouville, cependant, nous montre l'utérus de sa malade normal comme dimension. La muqueuse est très épaisse,

la néoformation porte sur le tissu glandulaire. Les dilata-
tions vasculaires y sont très marquées, « les vaisseaux
très nombreux, donnant à la lésion l'aspect angioma-
teux ». Il y a là de la contagion intense, expliquant les
hémorragies abondantes.

PATHOGÉNIE

Tels sont quelques exemples glanés çà et là de kystes bilatéraux des ovaires, accompagnés de ménorragies, et d'autres à symptomatologie bruyante constituée par des métrorragies profuses.

Pourquoi ces hémorragies ? L'histologie nous le dit : il se passe, dans l'utérus, des phénomènes de congestion intense.

Comment alors expliquer ces pertes de sang de la matrice ? A quelle cause rattacher l'état congestif du tissu utérin bien décrit dans l'exposé histologique de l'observation type. Il y a là des dilatations vasculaires marquées, allant jusqu'à présenter l'aspect angiomateux. Bouilly et Delespine ont bien étudié les relations de l'utérus et de l'ovaire. Matrice et glande ovarienne sont solidaires l'une de l'autre tant au point de vue de la sécrétion externe ovulaire qu'au point de vue de la sécrétion interne.

De plus, il est parfaitement établi aujourd'hui, à la suite de recherches et observations, que la bitéralité des kystes dermoïdes de l'ovaire n'est pas toujours un obstacle à l'existence des fonctions de cette glande. Les sécrétions externes et internes ne disparaissent pas dans un bon nombre de cas. Tout d'abord, cette affection bilatérale n'est pas un obstacle à la régularité de la menstruation ; le fait a été démontré par M. le professeur de Rouville

chez plusieurs de ses malades. Après castration double, les règles ont pu suivre leur cours normal. M. de Rouville explique ce fait par la persistance d'un minime fragment de tissu ovarien, fragment respecté dans l'intervention.

Dans le cas de castration double, rien n'empêcherait de penser à la présence d'ovaires surnuméraires, ou encore à des particules de substance ovarienne logées dans le ligament de l'ovaire, ou bien un prolongement de la glande dans la corne utérine. La minime partie de tissus ovariens de la glande a pu y être décelée par le microscope, et même, en présence de kystes dermoïdes bilatéraux, on a pu constater la présence de tissus ovariens juxtaposés aux kystes.

La persistance de la menstruation n'est pas le seul fait constaté: la présence de ce reliquat a permis la fécondation dans bon nombre de cas. Routier a observé, chez une de ses malades, sept grossesses et cinq fausses couches. Himmelfort a cité le cas d'une de ses clientes ayant eu neuf grossesses. Cullingwork observa jusqu'à douze grossesses et une fausse couche; dans ce dernier cas, la fécondité est absolument remarquable.

Ce fait étant bien établi des relations de la glande génitale femelle avec la matrice, il semble donc que la présence d'ovaires soit nécessaire pour produire des hémorragies utérines.

M. le professeur de Rouville, dans le *Montpellier Médical*, a donné une explication suggestive tenant à la cause des métrorragies.

Il émet l'hypothèse d'une excitation anormale des fonctions de l'ovaire par la présence du kyste; ces tumeurs joueraient donc un rôle sécréto-excitateur par rapport à la glande ovarienne, rôle excitateur se manifestant sur la sécrétion externe et sur la sécrétion interne.

« Cette excitation par les dermoïdes de la sécrétion externe ovulaire de l'ovaire, je la conçois parfaitement s'exerçant aussi sur la sécrétion interne de cet organe ; or, cette sécrétion interne, dont le substratum anatomique est constitué par les cellules lutéiniques, ne la considérons-nous pas, aujourd'hui, comme tenant, sous sa dépendance directe, la fonction menstruelle ? Ménorragies et métrorragies ne seraient-elles pas les effets de cette excitation de la glande ovarienne endocrine par le néoplasme, déterminant une simple exagération de la fonction menstruelle dans le premier cas, une ataxie de cette fonction dans le second ? »

Cette opinion concernant la pathogénie des kystes dermoïdes est, en effet, très suggestive ; on peut la rapprocher de l'hypothèse émise par M. Condamin dans le *Lyon Médical* (1904), accordant ainsi au kyste un rôle excitateur de fonctions glandulaires femelles.

Cependant, cette hypothèse semble devoir être abandonnée, si, nous nous rapportons au compte rendu de l'examen histologique et microscopique qui suit notre première observation. Aucune trace de tissu ovarien ne fut trouvée, donc on ne peut invoquer, semble-t-il, la possibilité d'une excitation portant sur les restes de la glande, puisqu'elle avait entièrement disparu. Il n'y a donc pas ici, comme dans les cas cités par Swartz, Broutier et Potherat, un fragment de tissu ovarien juxtaposé au kyste, fragment sur lequel pourrait porter l'excitation. Force serait (et l'hypothèse est à soutenir) d'invoquer la présence, en un point quelconque des organes génitaux internes, de prolongements ovariens, ou de penser à l'existence possible d'ovaires surnuméraires que l'examen anatomo-histologique avait forcément laissé de côté.

Ces ovaires surnuméraires continueraient à sécréter, ce qui expliquerait la persistance de la fonction menstruelle, ou prendraient un surcroît d'activité, n'étant plus suppléées par l'ovaire même, ce qui explique les métrorragies.

Quoi qu'il en soit, la pathogénie de ces manifestations hémorragiques est encore obscure et les hypothèses, pour si alléchantes qu'elles soient, ne peuvent être encore assises sur des faits anatomiques bien concluants. Nous sommes en présence d'un utérus très congestionné et point d'ovaire, point de substratum de sa sécrétion interne.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

Si les hémorragies sont très abondantes, elles le seront rarement au point de masquer les autres symptômes propres aux kystes ovariens. Tout d'abord, par l'histoire de la maladie, le médecin apprendra son début insidieux, sa lente évolution.

A l'inspection, si la tumeur est de dimension suffisante, nous la verrons faire saillie sous la paroi abdominale ; le palper permettra de la sentir, mais ce mode d'exploration peut ne pas nous renseigner sur la bilatéralité des tumeurs ; adressons-nous alors au toucher vaginal, combiné au palper abdominal, et nous pourrions sentir des tumeurs indépendantes de l'utérus.

Sa difficulté. — Les pertes rouges profuses tendent à égarer le diagnostic ; l'attention du praticien est tout entière attirée sur cet utérus *qui saigne*, d'autant que les hémorragies utérines sont relativement fréquentes. La tendance serait toute naturelle à chercher la lésion dans la matrice, qui n'est point malade ici. La présence de la tumeur, indépendante de la matrice, sa localisation, sa consistance et sa mobilité vont seules nous fixer. D'une

façon générale, on ne se laissera pas dérouter par la symptomatologie hémorragique, qui est rare, mais peut exister

Diagnostic différentiel

Tumeurs utérines. Fibromes. — Les fibromes utérins soit du col, soit du corps, pédiculisés ou non, occasionnent aussi des hémorragies tenaces, difficiles à maîtriser, causes d'anémie pour les malades. D'une part, la fréquence de cette affection ; d'autre part, la grande ressemblance des pertes dues aux néoplasmes fibreux, d'avec les hémorragies des dermoïdes de l'ovaire, pourraient parfois induire en erreur. Il est certes des points de ressemblance dans la symptomatologie. L'âge des malades est à peu près le même, l'évolution des deux sortes de tumeurs est insidieuse, indolore et sans grand retentissement sur l'état général, au moins au début. Les pertes peuvent survenir en dehors des règles. De plus, les troubles généraux, consistant en anémie, faiblesses, tendance au sommeil et troubles nerveux, sont communs à ces deux états pathologiques. Pourtant, s'il s'agit d'un fibrome, utérin nous constaterons, au palper et au toucher combinés, que le néoplasme n'est point indépendant de l'utérus, comme l'est le kyste ovarique. La présence d'ascite peut aider au diagnostic. Les hémorragies, enfin, sont plus souvent douloureuses dans les dermoïdes ovariens que dans les tumeurs bénignes utérines. Le doute est possible devant un utérus fibromateux, ne présentant pas de tumeur nettement localisée et facilement perceptible. D'une façon générale, fibromes utérins et kystes dermoïdes ont une symptomatologie assez semblable, si nous trouvons la tumeur indépendante de l'utérus, le diagnostic de siège est fait.

Ces deux affections pourraient être prises l'une pour l'autre, leurs points de ressemblance et de différence méritaient donc d'être signalés. De fait, souvent il y a eu méprise, il suffit, pour s'en convaincre, de consulter notre tableau récapitulatif.

Tumeurs annexielles. — Grossesse ectopique. — Durant les cinq premiers mois, la grossesse ectopique peut prêter à confusion, car elle aussi présente le symptôme tumeur accompagné d'hémorragies.

Les pertes revêtent ici des caractères tout spéciaux; survenant généralement à l'occasion d'un avortement tubaire, l'hémorragie ne se manifestera pas par des écoulements périodiques; ici, pas de ménorragies à proprement parler. A la date d'une époque menstruelle, la femme éprouve des douleurs, l'écoulement survient alors, avec plus ou moins de brusquerie; au sang sont mêlés des débris de caduque utérine, c'est là un caractère important. Le caractère de ces pertes, la coexistence de douleurs et de quelques phénomènes péritonéaux, l'augmentation de volume de l'utérus, le ramollissement du col, les phénomènes d'ordre général propres à la gestation, du côté des seins particulièrement, sont autant de signes caractéristiques de grossesse avortée. D'ailleurs la grossesse ectopique est généralement unilatérale.

Après les cinq premiers mois, les symptômes de grossesse acquièrent plus de netteté, les hémorragies sont rares alors. En envisageant l'éventualité de la mort du fœtus, l'histoire de la maladie nous fera éviter une confusion facile.

Autres lésions annexielles. — Enfin, on a pu observer des hémorragies, causées par des lésions des organes

annexes génitales internes. Bouilly, en 1899, a fait sur ce sujet une étude intéressante, montrant que la plupart des maladies de l'ovaire : kystes mucoïdes en particulier, affections de la trompe, du ligament large, retentissent sur l'utérus.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Dans tous les exemples cités au cours de ce travail, les hémorragies ne constituaient pas à elles seules une indication à l'opération ; souvent la malade était inquiétée par la présence de la tumeur, et ce seul motif lui fit accepter l'intervention chirurgicale. C'est dire par là que les pertes ne sont pas toujours dangereuses. Il est des cas pourtant, nous l'avons vu, où l'état général est atteint, l'anémie s'accroît rapidement ; ici le symptôme est encore plus troublant que la cause qui le détermine. Enfin, si des hémorragies profuses surviennent, le pronostic s'assombrit, le danger est à l'utérus ; quand le mal est à l'ovaire, le chirurgien doit intervenir rapidement.

Nous employons le mot de chirurgien à dessein, car ici le traitement symptomatique de l'hémorragie ne donne pas de résultats, il faut intervenir en supprimant la tumeur ovarienne.

Tumeurs bilatérales. — Le traitement doit être exclusivement chirurgical. La tumeur sera extirpée puisqu'elle est la cause des troubles menstruels.

Ici, on fera l'hystérectomie, et extirpation des deux tumeurs ovariennes. Les résultats de l'opération sont excellents dans la majorité des cas ; dans notre petit

tableau statistique, à la fin de l'ouvrage, nous relatons deux décès. Dans la première de ces deux observations, l'un des kystes suppurait; dans la deuxième, un kyste s'était ouvert dans l'intestin auquel il adhérait en différents points : on le voit donc, la guérison est la terminaison habituelle, sauf complication. Les troubles mentaux sont exceptionnels et ne surviennent que chez des prédisposées.

Si, après laparatomie, le chirurgien, opérant une jeune femme, trouvait un fragment de tissu ovarien sain, accolé à la tumeur, il tâcherait de respecter ce fragment et dans ce cas conserverait l'utérus.

CONCLUSIONS

I. L'aménorrhée est loin d'être la règle dans les kystes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire ; dans la majorité des cas publiés par les auteurs, les menstruations sont au moins régulières. Souvent la malade est atteinte de ménorragies abondantes, les règles deviennent très-irrégulières. Parfois même, ces tumeurs ont pu déclencher des ménorragies incoercibles, menaçant les jours de la femme.

II. Ce fait affirme une fois de plus les rapports physiologiques entre la glande ovarienne et la matrice.

III. En présence d'hémorragie utérine chez une malade présentant une tumeur abdominale, le médecin devra penser aux dermoïdes ovariens et non pas seulement aux fibromes utérins déterminant aussi des pertes rouges notables.

IV. Le seul traitement est ici l'intervention chirurgicale, extirpation des tumeurs et hystérectomie. Les résultats ont été démontrés excellents, la guérison rapide.

TABEAU RÉCAPITULATIF

— 31 —

OBSERVATIONS	AGE de la malade	DATE des premières règles	ANTECEDENTS puerpéraux	FORME de l'hémorragie	DIAGNOSTIC posé avant l'intervention	TRAITEMENT	RÉSULTATS
1	38 ans	15 ans 1/2	nullipare	métrorragie	fibromyome ulérin kyste de l'ovaire	ovariotomie et hystérectomie	guérison
2	30 ans			id.	fibrome ou grossesse ectopique	ovariotomie	?
3			2 enfants 1 avortement	id.		id.	?
4	47 ans		nullipare	ménorragies	fibrome	id.	guérison
5	24 ans	12 ans	1 enfant	ménorragies et règles irrégulières			
6	42 ans		id.	ménorragies	à gauche : fibrome à droite : dermoïde	ovariotomie hystérectomie	décès
7 avec adhérences intestinales	37 ans		2 enfants	id.	dermoïde ouvert dans le colon	ovariotomie suture intestinale	id.
8	45 ans	16 ans	1 enfant	id.	tumeur kystique	ovariotomie	guérison
9	30 ans	16 ans	id.	id.	tumeur dermoïde	id.	id.
10 adhérences au cœcum	32 ans	12 ans	id.	id.		id.	id.
11	28 ans		nullipare	id.	salpingite double	id.	id.
12	22 ans			menstruations irrégulières		id.	id.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE. — Bulletin Soc. anat , 1902.
- BACHELIER. — Métrorragies virginales essentielles. Th. Paris, 1899.
- BARRAUD. — Thèse Bordeaux, 1903, n° 132.
- Traitement des métrorragies de l'ovaire. Poitou méd., 1903
- BÉGOUIN, PROUST, JEANBRAU, TIXIER. — Pathologie chirurgicale.
- BÖCKEL. — Kystes ménorragiques de l'ovaire.
- BOUDEY. — Hémorragies de l'ovaire. Th. Bordeaux, 1902.
- BOUILLY. — Métrorragies d'origine ovarienne. La Gynécologie, 1899.
- Poussées congestives de l'utérus. Revue de gyn., 1897.
- COUSIN. — Tumeurs et kystes dermoïdes de l'ovaire.
- COUVREUR. — Th. Lille, 1902. Hémorragies et kystes de l'ovaire.
- COUZETTE. — Ovaire à petits kystes. Th. Paris, 1890, n° 119.
- CASTAN. — Métrorragies des jeunes filles. Th. Paris, 1898.
- CAZEAUX. — Des kystes de l'ovaire. Th. d'agrégat., Paris, 1844.
- COOK HÆST JOHN. — The causes and treatment of metrorragies
- DELESPINE. — Métrorragies et affections annexielles. Th. Paris, 1905, n° 447.
- DOLÉRIS. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. N. archives de gynéc. et obstét., 1893.
- DERIEN. — Kystes dermoïdes de l'ovaire. Th. Paris, 1893.
- DE ROUVILLE et DELMAS. — Kystes ovariens hématiques à symptomatologie de grossesse ectopique.
- EDES. — Thèse Paris, 1916. Tumeurs de l'ovaire et menstruation.
- FORGUE et MASSABUAU. — Revue de gynécologie et chirurgie abdominales. Ovaire à petits kystes.
- FRAIKIN. — Ovaride scl. kyst. Th. Bordeaux, 1900.
- FAURE et SIREDEY. — Gynécologie.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. Collect. Le Dentu.

- GROSS. — Revue médic., 1900. Hémor. intern. et kystes de l'ovaire.
- GANAT. — Métrorragies. Thèse Paris, 1873.
- GALLAND. — Leçons sur la menstruation. Paris, 1888.
- HARDY. — Menstruation et pathologie menstruelle.
- HUE. — Revue médic. de Normandie, 25 juillet 1904.
- JAYLE. — Opothérapie hypophysaire en gynécologie. Presse médicale, avril 1914.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité de gynécologie.
- LÉVY et GUÉNIOT. — Revue de chirurg. abdom. et gynécologie, 1902.
- LE DENTU et BONNET.
- LESOURD. — Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Paris, 1893.
- MANNOIR. — Sur le diagnostic et traitement des kystes de l'ovaire, 1861.
- MISTRAL. — Troubles de la menstruation. Th. Paris, 1881.
- MOSSÉ. — Opothérapie ovarienne, 1899.
- NORRIS. — Two cases of dermoïds cyst. Philadelphie. Americ. journ of obst., june 1906.
- OLSHAUSEN. — Maladies des ovaires.
- PARDO DE TAVERA. — Métrorragies au début de la grossesse. Thèse Paris, 1886.
- PIERRA. — Etudes sur les congestions utérines primitives. Gynécologie, 1904.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- REPIN. — (1891) Monographie sur l'origine parthénogénétique des kystes de l'ovaire (kyst. dermoïd.)
- ROSNER. — Hémorragies intermenstruelles. Gynécologie, 1905.
- SCHMID. — Métrorragies et métrites hémorragiques. Th. Paris, 1896.
- SIREDEY. — Congestion utérine. Bulletin médical, 1902.
- Hémorragies essentielles des jeunes filles. Journal des praticiens, décembre 1899.
- SYMÉLY (DE). — Traité pratique de gynécologie.
- TISSIER. — Castration de la femme en chirurgie. Th. Paris, 1885, n° 208.
- VAUTRIN. — Grossesse tubéreuse bilatérale simult. Gynéc.
- VIGNEAU. — Hémorragies de l'ovaire. Th. Lyon, 1902, 65.
- WALLISCH. — Sur les prétendues menstruations des femmes enceintes. Rev. gyn. et chir. abdom., 1906.
- WELLES. — Affections des ovaires et de l'utérus.
- WEILL. — Traitement des hémorragies génitales de la femme par le sérum sanguin. Gynécologie.
- Zentralblatt für Gynecologie*, Mai 1914. Dermoidcysten. Vautrin.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1916.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1916
Le Doyen,
MAIRET.

